

# Dépistage du VIH : les médecins aux urgences de Suisse Romande connaissent-ils les recommandations suisses ?

---

Expert : Dr Olivier Rutschmann, Privat Docent (PD) & Public Health Master (MPH),  
Médecin adjoint agrégé, responsable de l'unité de médecine interne  
d'accueil et d'urgences (UMIAU)

Tuteurs : Dr Olivier Hugli, PD, Maître d'Enseignement et de Recherche (MER) &  
MPH, médecin adjoint dans le service des urgences du CHUV  
Dr Mathias Cavassini, spécialiste du VIH, PD & MER, médecin associé du  
Service des maladies infectieuses au CHUV

Nathalie de Allegri  
3ème année de Master  
Faculté de médecine – Lausanne  
Décembre 2011

## Table des matières

1	Introduction .....	3
1.1	Etat des connaissances actuelles .....	3
2	Méthode.....	9
2.1	But de l'étude .....	9
2.2	Elaboration du questionnaire .....	9
2.3	Elaboration du protocole .....	10
2.4	Réalisation pratique .....	11
2.5	Création d'une base de données et analyse statistique .....	11
3	Résultats.....	12
3.1	Tableau n° 1 : Description des Hôpitaux en 2010.....	12
3.2	Tableau n° 2 : Taux de participation .....	12
3.3	Tableau n° 3 : Description de la population des médecins .....	13
3.4	Tableau n° 4 : Pourcentage de réponse correcte par question .....	14
3.5	Tableau n° 5 : Connaissance des recommandations de l'OFSP .....	15
3.6	Tableau n° 6 : Pourcentage de réponses correctes en fonction de la connaissance de l'article de l'OFSP.....	15
3.7	Tableau n° 7 : Pourcentage de médecin appliquant correctement les recommandations de l'OFSP .....	16
3.8	Tableau n° 8 : Pourcentage de réponses correctes corrélé au titre FMH.....	17
3.9	Tableau n° 9 : Nombre de tests VIH demandés le mois avant l'enquête.....	17
4	Discussion .....	18
4.1	Tendances générales observées.....	18
4.2	Limites du travail de recherche .....	21
5	Conclusion .....	22
6	Bibliographie .....	24
7	Annexes.....	27
7.1	Annexe 1 : le questionnaire .....	27
7.2	Annexe 2 : la fiche informative .....	30
7.3	Annexe 3 : le formulaire de consentement .....	31

# 1 Introduction

## 1.1 Etat des connaissances actuelles

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) reste une des préoccupations majeures de santé publique dans le monde. Le nombre de patients infectés continue de croître et s'élevait, à la fin 2010, à 34 millions de personnes, soit une augmentation de 17% depuis 2001<sup>[1]</sup>. Pour les patients ayant accès à une thérapie antirétrovirale combinée efficace (cART), une réduction significative de la mortalité liée au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a été constatée transformant cette maladie mortelle en une maladie chronique avec une longue espérance de vie<sup>[2]</sup>. Cependant, l'infection par le VIH tue encore 1.8 millions de personnes chaque année<sup>[1]</sup>. Alors que l'introduction de la cART aurait dû entraîner, selon les experts, une augmentation du dépistage volontaire, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués d'infection du VIH demeure stable entre 1990 et 2008<sup>[2]</sup> et le taux d'infections diagnostiquées à un stade avancé a malheureusement stagné aux environs de 30 % durant les 10 dernières années<sup>[3]</sup>. Finalement, environ 30% des personnes séropositives ignorent encore leur infection VIH et, de ce fait, contribuent à la propagation de l'épidémie, ces patients étant responsables de la moitié des nouveaux cas d'infection par le VIH<sup>[4]</sup>. En effet, le taux de transmission de l'infection du VIH est d'environ 9% chez les patients non diagnostiqués contre seulement 2% si le diagnostic a été posé<sup>[5]</sup>. Ces chiffres suggèrent un échec partiel en terme de dépistage et prévention de l'infection à VIH<sup>[6]</sup>.

En 2009, 50% des nouveaux cas aux USA concernaient les homosexuels et 31% les hétérosexuels<sup>[5]</sup>, mais les infections non diagnostiquées sont par contre plus fréquentes chez les hétérosexuels que les homosexuels ou les toxicomanes<sup>[7]</sup>. Cette modification des groupes à risque d'infection et vecteurs du VIH a remis en question le modèle classique des campagnes de prévention qui visaient, jusqu'à présent, les groupes homosexuels et toxicomanes, considérés à haut risque. S'il faut continuer d'axer les interventions dans ces populations, il est néanmoins nécessaire d'élargir le champ de dépistage et de prévention vers les personnes considérées comme jusqu'ici à bas risque de l'infection par le VIH pour permettre de freiner, voire même éradiquer l'épidémie.

Afin de dépister un plus grand nombre de personnes infectées par le VIH et à un stade plus précoce, le *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* a relevé en 2006 la nécessité d'étendre drastiquement le dépistage du VIH et, de ce fait, a publié de nouvelles recommandations. Non seulement, le test de dépistage devait dépasser les groupes à risque dans les zones à grande prévalence mais aussi être étendu à toute la population adulte de 13 à 64 ans, à moins que la prévalence du VIH soit en dessous de 0.1%<sup>[8]</sup>. Le *CDC* a conseillé de tester tous les patients en utilisant une approche dite *opt-out* au lieu du *opt-in*. Dans une stratégie de *opt-out*, le patient est informé qu'un test VIH sera effectué à moins qu'il s'y oppose formellement, sans exigence d'un conseil pré-test. Le test VIH est considéré dans cette approche comme un test similaire aux tests sanguins effectués de routine. Le *opt-out* a pour but de diminuer les barrières au dépistage et d'augmenter ainsi le nombre de nouveaux cas d'infection du VIH diagnostiqué. En effet, la suppression du consentement écrit du patient a pour conséquence directe de l'augmentation du nombre de tests effectués<sup>[9]</sup>.

L'introduction d'un test de dépistage systématique du VIH est justifiée par plusieurs points :

- le VIH remplit tout d'abord les 4 critères pour l'introduction d'un dépistage systématique :
  1. une maladie grave pouvant être mise en évidence avant l'apparition des symptômes
  2. son diagnostic et l'instauration d'un traitement précoce diminuent la morbidité et améliorent la survie, ceci particulièrement depuis l'introduction de la *cART*
  3. des tests de dépistage sensibles et spécifiques sont disponibles
  4. les coûts sont moindres par rapport aux bénéfices<sup>[10]</sup>.
- Le dépistage du VIH a déjà été introduit pour diminuer l'infection verticale par le VIH (transmission mère-enfant) et a été bien accepté tant par les médecins que par la population générale. Depuis 1995, ce dépistage a permis d'éviter plus de 350'000 nouvelles infections VIH parmi les enfants de femmes enceintes infectées par le virus<sup>[11]</sup>. En effet, le traitement de ces femmes enceintes par une *cART* associé (parfois) à un accouchement par césarienne diminue fortement le risque de transmission verticale du VIH (<2%)<sup>[12]</sup>.

- Aux USA, 73% des patients diagnostiqués à un stade avancé de l'infection VIH entre 2001 et 2005 avaient consulté le système de santé au moins une fois dans les 8 ans précédant le diagnostic<sup>[13]</sup>, ce qui représente des occasions manquées de les tester.
- Les médecins sous-estiment la population à tester lorsqu'ils se basent uniquement sur les symptômes et signes de l'infection du VIH, ainsi que sur l'anamnèse sexuelle. Ils n'identifient pas, de manière correcte, les patients à risque, n'abordant pas le sujet du VIH dans plus de 50% des consultations ; ils ne peuvent donc dès lors pas proposer de test de dépistage<sup>[14]</sup>. Aussi, il a été démontré que parmi les personnes qui s'auto-évaluent comme étant à haut risque d'infection du VIH, seulement 22% ont été testées durant l'année précédant la consultation<sup>[5]</sup>. Ce problème de sélection des candidats n'a plus lieu d'être lorsque un dépistage systématique est instauré.

Les services d'urgences sont bien souvent considérés comme un lieu idéal pour le dépistage de maladies pour plusieurs raisons :

- Un nombre important de personnes y consultent ; en Suisse en 2006, ce nombre s'élevait à plus de 1.3 millions de consultations.
- Les symptômes de primo-infection du VIH, tels que pharyngite, état fébrile, maux de tête ou ceux de la maladie à un stade SIDA constituent des motifs de consultations aux urgences.
- Les centres d'urgence servent fréquemment de lieu de médecine de 1<sup>er</sup> recours pour les patients vulnérables et marginalisés, que ce soit en raison de motifs psychiatriques, de dépendances, de précarité sociale ou en raison de migration volontaire ou forcée. Ce sont précisément les groupes de population à plus haut risque d'infection VIH.
- Finalement, les urgences constituent également un site de formation pour les médecins.

Dans les faits, les médecins urgentistes aux USA peinent à appliquer les recommandations de dépistage du VIH. Un certain nombre de contre-arguments ou barrières peuvent expliquer cette difficulté à dépister le VIH aux urgences<sup>[15]</sup> :

- Un manque de temps à disposition pour un test qui ne représente pas une urgence vitale.
- L'impossibilité de proposer un test de dépistage si l'état du patient n'est pas stable ou si le motif de consultation principale fait l'objet d'une urgence vitale.
- Des explications encore trop longues à fournir autour du dépistage du VIH.
- La transmission différée du résultat et un suivi compliquée en l'absence d'un test rapide.
- L'organisation compliquée d'un test de confirmation en cas de positivité du test rapide.
- La déclaration obligatoire de la maladie.
- La mise en place d'un test de dépistage systématique du VIH pourrait consommer une proportion significative du peu de temps du médecin à disposition pour chaque patient et en conséquence réduire la qualité du reste de la prise en charge<sup>[16][17]</sup>. Mais il a été démontré que, lorsque le dépistage du VIH était effectué systématiquement, les soins aux urgences restaient identiques, notamment en terme de le temps d'attente et de durée de la consultation<sup>[18]</sup>.
- Finalement, le problème du non-remboursement des coûts engendrés par le dépistage se pose dans des systèmes de soins où les patients ne sont pas assurés, comme c'est le cas aux USA<sup>[16]</sup>.

Des études de surveillance de la mise en œuvre des recommandations du *CDC* ont évalué si la stratégie dite *opt-out* a eu l'impact souhaité sur la prévention de l'infection du VIH et si elle est plus efficace que l'ancienne<sup>[18]</sup>. Ces études ont montrés un impact plutôt décevant aux urgences malgré l'observation d'une augmentation de la probabilité d'être diagnostiqué<sup>[18]</sup>. De plus, la majorité des nouveaux cas identifiés étaient toujours à un stade avancé de la maladie. Ces études ont mis en évidence de nouvelles barrières à l'implémentation pour le dépistage de routine du VIH. Une des plus grande raison de l'échec de cette stratégie est le refus du dépistage de 40 à 67% des patients<sup>[19][20]</sup>. Ces résultats peuvent être améliorés en associant les 2 méthodes : celle du dépistage de routine et celle du dépistage individuel en fonction du risque. Cette combinaison permet de récupérer les personnes ayant refusé de participer au screening et appliquer le

dépistage ciblé des gens à risque<sup>[18]</sup>. Aux refus s'ajoutent également l'inéligibilité de certains des patients en raison d'un état de santé précaire ou d'urgence vitale. Le nombre de patients bénéficiant d'un test de dépistage est d'environ 34%<sup>[18]</sup>. Le risque de résultats faussement négatifs ou faussement positifs du test rapide du VIH aurait pu être un argument en défaveur du dépistage aux urgences ; cependant ce risque est très faible, le test rapide ayant une sensibilité de plus de 99.6% et une spécificité de 99.7%<sup>[21]</sup>. Enfin, la peur de la stigmatisation du patient lors d'infection VIH est aussi une des raisons persistantes du faible taux de participation, si bien que son élimination a été l'un des objectifs de l'ONUSIDA évoqués durant la journée mondiale de lutte contre le SIDA du 1<sup>er</sup> décembre 2011<sup>[11]</sup>. Dans une autre étude effectuée dans le District de Columbia aux USA, tant le nombre de tests de dépistage que le pourcentage de cas diagnostiqués à un stade précoce de la maladie ont été influencés favorablement par la nouvelle stratégie du CDC. Ces résultats peuvent être expliqués par une prévalence du VIH 10 fois supérieure à celle de l'ensemble des autres villes américaines<sup>[22]</sup>.

Devant ce même problème de sous-diagnostic d'infection du VIH<sup>[23]</sup>, la Suisse a opté pour une stratégie différente à celle des USA. La Commission d'experts clinique et thérapie VIH et SIDA (CCT) de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) a tout d'abord publié en 2007 des recommandations destinées à diminuer le nombre d'infections VIH non diagnostiquées, grâce à un dépistage initié par le médecin<sup>[24]</sup>. Cette approche, appelée *provider initiated counselling and testing (PICT)*, complétait alors celle du *voluntary counselling and testing (VCT)* qui préconisait un dépistage sur la demande du patient. Ensuite, l'OFSP a apporté en 2010 des modifications du *PICT*<sup>[25]</sup>. Ces modifications ont pour but de permettre aux médecins de :

- 1) reconnaître les symptômes et signes d'une primo-infection VIH ;
- 2) diagnostiquer à une infection VIH avancée ou un SIDA déclaré;
- 3) proposer un entretien et un dépistage s'il suspecte des comportements sexuelles à risque.

Ce document précise ainsi les différentes situations ou scénarii cliniques où le test du VIH doit être envisagé et apporte des précisions quant à la manière de le proposer. Il propose un changement très significatif de paradigme, puisque, en présence de symptômes ou signes cliniques suggérant une primo-infection VIH ou si l'infection du VIH fait partie du diagnostic différentiel, il est recommandé au médecin d'informer le patient qu'un test VIH sera effectué, test qui sera dès lors fait à moins que le patient ne s'y oppose

de façon explicite. Le dépistage quitte donc son statut de test particulier pour rejoindre celui des autres tests sanguins. Enfin, si le test de dépistage VIH est effectué sur la demande du patient ou si celui-ci fait partie d'un groupe de population à grande prévalence d'infection du VIH, le médecin procède à une anamnèse sexuelle, suivie d'un entretien conseil et du test avec l'accord explicite du patient, respectant pour ce type de situations les anciennes procédures de *PICT* et *VCT*.

Nous pouvons donc constater différentes stratégies face à l'épidémie du VIH entre les USA et la Suisse. Devant la persistance des infections par VIH, il est nécessaire d'évaluer l'impact des différentes stratégies de dépistage afin d'adopter celle qui est la plus apte à diminuer l'incidence du VIH, ainsi que le nombre de diagnostics VIH tardifs. Aux USA, comme cité ci-dessus, de telles études ont été menées sur l'impact des recommandations du *CDC* de 2006 ; en revanche, en Suisse, aucune évaluation de ce type n'a été entreprise à l'heure actuelle. Une étude de l'adoption des nouvelles recommandations de l'OFSP de 2010 nous paraît donc indiquée, ce d'autant plus qu'il existe dans le milieu médical un hiatus constant entre recommandations de pratiques cliniques (RPC) et leur application en pratique, quelque soit leur domaine d'application<sup>[26]</sup>. Après la publication des recommandations du *CDC* en 2006, il a été constaté que seulement 1/3 du personnel soignant interrogé connaissait les nouvelles directives et seulement 20% offrait un dépistage de routine à tous les patients concernés<sup>[27]</sup>.

Nous avons donc choisi de tester les connaissances des médecins de Suisse romande travaillant aux urgences quant aux nouvelles RPC du dépistage du VIH publiées par l'OFSP en mars 2010. Sur la base de discussions informelles avec nos collègues, nous avons la suspicion que les médecins ne les connaissaient pas et par conséquent ne les appliquaient pas. Notre suspicion a été confortée par un article du journal *Swiss Aids News* publié en 2011 ; l'article décrit la difficulté à appliquer les nouvelles RPC de l'OFSP et clarifie les différents points des RPC afin d'aider les médecins dans leur mise en pratique au quotidien<sup>[28]</sup>. Le risque de la méconnaissance de ces RPC aux urgences se traduirait par un nombre toujours insuffisant de tests du VIH. Si notre hypothèse se confirmait, notre étude permettrait de mieux comprendre les causes d'une éventuelle méconnaissance des RPC ou de



leur non application, première étape indispensable pour proposer des actions de correction.

## **2 Méthode**

### **2.1 But de l'étude**

Nous avons voulu tester la connaissance des médecins urgentistes de la publication de l'OFSP<sup>[25]</sup> à l'aide d'un questionnaire élaboré spécifiquement pour cette étude (annexe 1 et paragraphe 2.2), puisque qu'aucune étude n'avait été effectuée sur ce sujet à ce jour. Nous avons inclus les médecins travaillant aux urgences dans les 5 centres hospitaliers universitaires et cantonaux les plus importants de Suisse Romande, à savoir les Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), le Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), l'Hôpital Fribourgeois Régional (HFR), les Hôpitaux Neuchâtelois de Pourtalès et de la Chaux-de-Fonds (Hôpitaux Neuchâtelois) et l'Hôpital de Sion. Nous avons inclus les médecins assistants, les chefs de clinique, les médecins cadres, durant la période choisie pour la distribution du questionnaire. Nous avons exclus les candidats médecins.

### **2.2 Elaboration du questionnaire**

Afin d'évaluer la connaissance de l'article de l'OFSP, lors de réunions itératives sur plusieurs mois, un groupe de médecins impliqués dans l'étude ont élaboré un questionnaire (annexe 1). Le groupe était constitué des :

- Mme Nathalie de Allegri, étudiante en master de médecine de l'université de Lausanne
- Dr Mathias Cavassini, spécialiste du VIH, PD & MER, médecin associé du Service des maladies infectieuses au CHUV
- Dr Olivier Hugli, médecin adjoint dans le service des urgences du CHUV, PD, MER & MPH
- Dr Françoise Dubois, collaboratrice de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive (IUSMP) et une experte dans le domaine du VIH, MER & PD, Master en Sciences.

Les questions de notre questionnaire se sont basées sur des recommandations de l'article de l'OFSP de 2010<sup>[25]</sup>. La 1<sup>ère</sup> partie du questionnaire a été consacrée à la récolte des variables socio-démographiques des médecins interrogés, comprenant

l'année de naissance, le sexe, l'année de l'obtention du diplôme, leur fonction à l'hôpital (médecin assistant, chef de clinique, médecin cadre), la possession d'un titre de spécialiste attribué par la Fédération des Médecins Helvétiques (FMH) et finalement leur lieu de travail. La suite du questionnaire était composée de 3 parties :

- une première contenant 13 vignettes cliniques décrivant des symptômes et pathologies associés ou non à l'infection du VIH directement tirées des listes de l'article de l'OFSP. Les médecins devaient tout d'abord déterminer si ces situations constituaient des indications à dépister le VIH selon les nouvelles recommandations de l'OFSP.
- La 2<sup>ème</sup> partie du questionnaire testait par 4 questions la connaissance des règles de réalisation du test de dépistage VIH. Dans l'article de l'OFSP de 2010, il y a en effet une distinction dans la manière de proposer le test selon les conditions clinique du patient. Lors d'une suspicion de primo-infection VIH ou d'un SIDA déclaré, il est recommandé d'informer le patient qu'un test de dépistage VIH sera effectué pour investiguer ses symptômes, sans avoir besoin d'un consentement explicite ni écrit de la part du patient. Le test n'est pas effectué que si le patient s'y oppose formellement. Lorsqu'il s'agit d'une situation à risque, un conseil pré-test et une anamnèse sexuelle devraient être effectués avant le test de dépistage du VIH qui ne peut être effectué qu'avec l'accord explicite du patient.
- Finalement la 3<sup>ème</sup> partie comportait 2 questions différentes. La question 18 (annexe 1), visait à connaître le nombre de tests de dépistage du VIH demandé durant les 4 semaines précédant l'enquête. Enfin, la 19<sup>ème</sup> et dernière question interrogeait la connaissance des recommandations de l'OFSP ; en cas de réponse positive, le media d'information était recherché (colloque, bulletin de l'OFSP, internet, etc.).

Il s'agit donc d'un questionnaire non validé qui a été néanmoins testé sur 5 médecins indépendants avec un titre en Médecine générale FMH et travaillant à Vidy Source, centre ambulatoire d'urgences médico-chirurgicales à Lausanne. La durée nécessaire pour remplir le questionnaire a été estimée à 20 minutes.

### **2.3 Elaboration du protocole**

Avant de pouvoir commencer la distribution du questionnaire dans les Hôpitaux de Suisse Romande, un protocole a été écrit et accepté par une commission d'éthique, selon le processus habituel. Le protocole a été rédigé selon les recommandations de

la commission cantonale vaudoise d'éthique de la recherche scientifique de l'être humain. Dans ce contexte, un formulaire d'information et de consentement a aussi été prévu et distribué aux médecins des urgences (annexe 2 et 3), afin de leur expliquer le déroulement de la séance, de les rassurer sur la confidentialité et l'anonymat des données, et d'obtenir une attestation écrite et signée de leur participation volontaire. Cette étude a reçu un avis positif de la commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain en date du 14 février 2011.

#### **2.4 Réalisation pratique**

Une fois cette validation obtenue, nous avons contacté les médecins chefs des 5 principaux Hôpitaux universitaires et cantonaux de Suisse Romande. Un colloque a été organisé entre mai 2011 et juillet 2011 dans chaque centre par les chefs de service afin de pouvoir distribuer le questionnaire à un maximum de médecins urgentistes d'un même établissement. Un objectif minimum de participation a été fixé au préalable à 65%, Les médecins présents ont rempli le questionnaire sur place, y compris le chef de service. Le questionnaire a été distribué de main à main aux médecins absents le jour du colloque. Les questionnaires récoltés ont été envoyés à l'investigatrice principale (N. de Allegri) à Lausanne.

#### **2.5 Création d'une base de données et analyse statistique**

Les données recueillies ont été analysées par statistiques descriptives : moyenne et déviations standards pour les données continues et pourcentage pour les variables catégorielles. Un score a été généré, chaque réponse correcte donnant droit à 1 point ; le meilleur score possible était de 26 points. Le score a été corrélé à la fonction du médecin (médecin assistant, chef de clinique, médecin cadre) et du statut universitaire de l'hôpital.

### 3 Résultats

#### 3.1 Tableau n° 1 : Description des Hôpitaux en 2010

Site	Nombre d'Admissions par an	Nombre de Médecins Urgentistes
CHUV*	36'704	60
HFR	29'544	21
Hôpital de Sion	21'304	17
Hôpitaux Neuchâtelois	27'953	22
HUG*	59'873	44
<b>Total</b>	<b>175'378</b>	<b>164</b>

\* Hôpital Universitaire

*Commentaire* : Les 5 centres d'urgences ont eu plus de 175'000 visites en 2010, ayant tous un minimum de 20'000 visites par an. Le nombre d'admissions pour les 2 Centres Universitaires représente 55% des admissions totales des 5 Hôpitaux. Le pool des médecins travaillant dans les hôpitaux universitaires représente 63% de tous les médecins.

#### 3.2 Tableau n° 2 : Taux de participation

	Nombre de médecins ayant participé	Pourcentage de l'ensemble des médecins	Pourcentage de participation par hôpital
CHUV*	60	43%	100%
HFR	8	5%	38%
Hôpital de Sion	13	9%	76%
Hôpitaux Neuchâtelois	22	15%	100%
HUG*	41	28%	93%
<b>Total</b>	<b>144</b>	<b>100%</b>	<b>88%</b>

*Commentaire* : Le taux de participation des médecins de 88% a largement dépassé la cible des 65%, sauf pour l'Hôpital de Fribourg qui a eu moins de 40% de participation. Les médecins des hôpitaux universitaires ont obtenu un meilleur taux de participation de 97% contre 72% dans les centres non universitaires. Les médecins participants non universitaires représentent environ 1/3 des 144 médecins (total des médecins ayant participé à l'étude) et donc environ 2/3 pour les médecins universitaires.

### 3.3 Tableau n° 3 : Description de la population des médecins

	Total	Médecins Assistants	Chefs de Clinique	Médecins Cadres
Femme [n] (%)	69 (48%)	52 (63%)	12 (33%)	5 (20%)
Universitaire [n] (%)	101 (70%)	57 (69%)	27 (75%)	17 (68%)
Age [ans] (SD)	35 (8)	30 (3)	37 (5)	47 (7)
Années d'expérience [ans] (SD)	8 (7)	4 (3)	11 (4)	20 (7)
Pourcentage d'activité	92%	96%	84%	91%

*Commentaire* : Au total, il y a légèrement plus d'hommes que de femmes, mais celles-ci sont surreprésentées chez les médecins assistants. En revanche, il y a 2 fois plus d'hommes chez les chefs de clinique et 4 fois plus chez les médecins cadres. En proportion, les médecins assistants représentent 58% de la population, alors que les chefs de clinique 25%, contre 17% pour les médecins cadres. Les médecins assistants sont donc 3 fois plus nombreux que les médecins chefs et 2 fois plus que les chefs de clinique. La proportion des médecins assistants, de chefs de clinique et des médecins cadres est similaire dans les centres universitaires et non universitaires. L'âge moyen global est de  $35 \pm 8$  ans. L'âge est directement corrélé avec la position hiérarchique des médecins : les médecins assistants sont plus jeunes que les chefs de clinique qui sont plus jeunes que les médecins cadres. La moyenne du nombre d'années d'expérience est de  $8 \pm 7$  ans. Comme pour l'âge, les années d'expérience sont corrélées avec le niveau hiérarchique des médecins. En effet, plus les médecins sont haut gradés, plus ils ont accumulé d'années d'expérience ; les médecins chefs ont ainsi 5 fois plus d'années d'expérience que les médecins assistants. Le taux d'activité le plus bas se rencontre chez les chefs de clinique, avec une moyenne de 84%. La majorité des médecins travaillent à temps plein, avec quelques médecins seulement qui travaillent à 50% ou à 80%. Globalement, le taux d'activité est proche de 100%.

### 3.4 Tableau n° 4 : Pourcentage de réponse correcte par question

	Total	Médecins Assistants	Chefs de Clinique	Médecins Cadres	Universitaire	Non Universitaire
<b>Q1</b>	<b>51%</b>	46%	61%	56%	50%	53%
<b>Q2</b>	<b>28%</b>	20%	39%	36%	28%	28%
<b>Q3</b>	<b>69%</b>	73%	64%	60%	64%	79%
<b>Q4</b>	<b>78%</b>	75%	81%	84%	78%	77%
<b>Q5</b>	<b>97%</b>	98%	100%	92%	97%	98%
<b>Q6</b>	<b>21%</b>	13%	22%	44%	23%	16%
<b>Q7</b>	<b>34%</b>	34%	44%	20%	32%	40%
<b>Q8</b>	<b>97%</b>	98%	100%	92%	96%	100%
<b>Q9</b>	<b>76%</b>	77%	81%	68%	79%	70%
<b>Q10</b>	<b>71%</b>	66%	75%	80%	70%	72%
<b>Q11</b>	<b>65%</b>	58%	75%	72%	65%	63%
<b>Q12</b>	<b>74%</b>	70%	75%	84%	78%	63%
<b>Q13</b>	<b>61%</b>	57%	61%	76%	62%	58%
<b>Score Partie I</b>	<b>63%</b>	60%	68%	66%	63%	63%
<b>Q14</b>	<b>24%</b>	22%	22%	36%	32%	7%
<b>Q15</b>	<b>70%</b>	66%	76%	71%	73%	62%
<b>Q16</b>	<b>14%</b>	10%	19%	20%	18%	5%
<b>Q17</b>	<b>48%</b>	46%	49%	52%	49%	45%
<b>Score Partie II</b>	<b>53%</b>	49%	56%	54%	56%	47%
<b>Total</b>	<b>58%</b>	<b>55%</b>	<b>62%</b>	<b>62%</b>	<b>60%</b>	<b>55%</b>

*Commentaire* : Le score moyen global est de 58%. Globalement, les médecins chefs et les chefs de clinique ont un meilleur score que les médecins assistants : les médecins des hôpitaux universitaires sont légèrement meilleurs que ceux travaillant dans les hôpitaux non universitaires. Les médecins sont meilleurs, quelque soit leur grade ou leur lieu de travail dans la 1<sup>ère</sup> partie que dans la 2<sup>ème</sup>, sous réserve du petit nombre de question de la 2<sup>ème</sup> partie. Pour la 1<sup>ère</sup> partie, les scores des hôpitaux universitaires et non universitaires sont identiques, en revanche, les médecins des hôpitaux non universitaire ont un score inférieur dans la 2<sup>ème</sup> partie. Les questions avec le plus bas pourcentage de bonnes réponses étaient les questions Q2, Q6, Q7, Q14 et Q16, avec un score inférieur à 35%. Les questions Q4, Q5, Q8, Q9 et Q12 ont eu, quant à elles, le plus haut pourcentage de bonnes réponses, dépassant toutes les 75% (annexe 1).

### 3.5 Tableau n° 5 : Connaissance des recommandations de l'OFSP

	Total	Universitaire	Non Universitaire
Médecins Assistants [n] (%)	7 (8%)	7 (12%)	0 (0%)
Chefs de Clinique [n] (%)	8 (22%)	8 (30%)	0 (0%)
Médecins Cadres [n] (%)	10 (40%)	7 (41%)	3 (38%)
<b>Total [n] (%)</b>	<b>25 (17%)</b>	<b>22 (22%)</b>	<b>3 (7%)</b>

*Commentaire* : La dernière question du questionnaire est explicite : connaissez-vous les recommandations de l'OFSP sur le dépistage du VIH ? Nous constatons que seulement 25 personnes sur la totalité de la population interrogée ont en connaissance, soit 17%. Globalement, 8% des médecins assistants connaissent les recommandations alors que 22% des chefs de clinique et 40% des médecins cadres en ont connaissance. Dans les centres non universitaires, seuls les médecins cadres connaissent les recommandations, ce qui représente 7% des 43 médecins travaillant en milieu non universitaire, alors qu'il y a 3 fois plus de médecins universitaires au courant de cette publication (22% des 101 médecins des centres universitaires).

### 3.6 Tableau n° 6 : Pourcentage de réponses correctes en fonction de la connaissance de l'article de l'OFSP

	Total	Médecins Assistants	Chefs de Clinique	Médecins Cadres	Uni-versitaire	Non Uni-versitaire
<b>Connaissent</b>	<b>67%</b>	56%	75%	67%	67%	60%
<b>Ne connaissent pas</b>	<b>57%</b>	56%	60%	57%	58%	55%

*Commentaire* : Les médecins qui connaissent les recommandations de l'OFSP sont légèrement meilleurs que ceux qui ne les connaissent pas, avec un score de 67% contre 57%. En revanche, nous ne notons pas de différence de score pour les médecins assistants qu'ils connaissent ou non l'article. Les médecins universitaires ont, qu'ils connaissent ou non l'article, un meilleur score que les médecins des autres hôpitaux.

### 3.7 Tableau n° 7 : Pourcentage de médecin appliquant correctement les recommandations de l'OFSP

	Total	Médecins Assistants	Chefs de Clinique	Médecins Cadres	Uni-versitaire	Non Uni-versitaire
<b>Test effectué en présence d'indication à tester</b>	<b>43%</b>	38%	43%	50%	41%	41%
<b>Test non effectué en l'absence d'indication à tester</b>	<b>93%</b>	92%	91%	93%	90%	96%

*Commentaire* : Ce tableau décrit, dans la 1<sup>ère</sup> ligne, le taux de médecin effectuant le test alors que celui-ci est indiqué (10 questions du questionnaire) et, dans la 2<sup>ème</sup> ligne, le pourcentage des médecins n'effectuant pas le test en l'absence d'indication à le faire (3 questions du questionnaire). Globalement, lorsque le dépistage du VIH est indiqué, une minorité des médecins interrogés fait le test du VIH. Les médecins cadres effectuent correctement le test du VIH quand il est recommandé dans une plus grande proportion par rapport aux chefs de clinique et médecins assistants ; les chefs de clinique sont eux-mêmes meilleurs que les médecins assistants. Il n'y a pas de différence entre les différents hôpitaux, qu'ils soient universitaires ou non. Lorsque les médecins se trouvent devant des situations où les recommandations ne préconisent pas le dépistage du VIH, ils sont plus de 90% à ne pas effectuer le test. Il n'y a pas de différence non plus entre les hôpitaux universitaires et non universitaires.



### 3.8 Tableau n° 8 : Pourcentage de réponses correctes corrélé au titre FMH

	Total	FMH (n=XX)	Pas de FMH (n=XX)
Q1	51%	58%	48%
Q2	28%	35%	24%
Q3	69%	56%	75%
Q4	78%	83%	75%
Q5	97%	98%	97%
Q6	21%	31%	16%
Q7	34%	31%	35%
Q8	97%	96%	98%
Q9	76%	79%	75%
Q10	71%	83%	65%
Q11	65%	73%	60%
Q12	74%	83%	69%
Q13	61%	73%	55%
Q14	24%	29%	22%
Q15	70%	74%	67%
Q16	14%	23%	9%
Q17	48%	55%	44%
<b>Total</b>	<b>58%</b>	<b>64%</b>	<b>56%</b>

*Commentaire* : Le taux de réussite est meilleur chez les sujets ayant déjà obtenu un titre FMH en comparaison à ceux qui sont en cours de formation pour un titre FMH. A noter que lorsque qu'un médecin n'a pas complété l'information sur l'obtention d'un titre FMH, nous en avons déduit alors qu'il n'en avait pas un.

### 3.9 Tableau n° 9 : Nombre de tests VIH demandés le mois avant l'enquête

	Total	Chefs de clinique		Médecins cadres	Universitaire	Non Universitaire
		Médecins assistants				
<b>Nombre moyen de tests</b>	1.5	1.1	1.7	2.1	1.5	1.1

*Commentaire* : Au total, sur les 144 médecins interrogés et durant une durée de 4 semaines aux urgences, 201.5 tests de dépistage du VIH ont été rapportés. Le nombre de VIH demandés par les médecins interrogés est donc inférieur à 2 sur le mois précédent l'enquête. En moyenne, les médecins cadres demandent 2 tests par mois, soit le double que les médecins assistants. Il y a légèrement plus de tests demandés dans les centres universitaires par rapport aux hôpitaux non universitaires.

## 4 Discussion

### 4.1 Tendances générales observées

Notre hypothèse de départ était que les médecins suisses ne connaissent pas les recommandations de l'OFSP sur le dépistage du VIH publiée en mars 2010, ce que confirme notre étude. En effet, le pourcentage de médecins rapportant avoir eu connaissance de l'article est de seulement 17%. Cette méconnaissance est associée à des connaissances médiocres, les médecins ne répondant correctement aux questions que dans moins de 60% des cas. Il apparaît alors important de modifier la transmission d'information et rendre ces recommandations plus accessibles aux médecins des centres d'urgences hospitaliers, par exemple en les publiant dans les revues médicales autres que l'obscur bulletin de l'OFSP et qui servent de base à la formation post-graduées des médecins travaillant aux urgences. De même, l'amélioration de l'accessibilité sur internet de telles recommandations nationales mérite également d'être considérée car actuellement il est très difficile de retrouver l'article de l'OFSP sur internet même en ayant le titre et la date de la parution. Ce manque d'accès à l'information représente alors une 1<sup>ère</sup> barrière majeure à l'application de nouvelles RPC dans la pratique quotidienne des médecins.

Le taux moyen de réponses correctes au questionnaire est seulement de 58%. Nous notons un impact positif de la connaissance des recommandations de l'OFSP sur ce taux. En effet, les résultats obtenus par les médecins au courant de l'article s'élèvent à 67%, alors que ceux qui les ignorent ont un taux de réussite de 57%. Malgré une différence observée, l'application des RPC n'est pas totalement maîtrisée, avec un score inférieur à 70% pour les médecins qui en ont eu connaissance par le passé. Il serait naturel d'espérer que la publication de nouvelles RPC améliore drastiquement la pratique de la médecine ; en effet elles facilitent théoriquement le travail quotidien du médecin tout en améliorant la qualité de sa prise en charge. Mais il a été démontré que les RPC peinent à modifier le comportement des médecins<sup>[29]</sup>. Il faut alors que plusieurs conditions soient réunies pour que leurs mises en application s'effectuent<sup>[30]</sup>. Tout d'abord, les recommandations doivent être connues des médecins, leur méconnaissance constituant le 1<sup>er</sup> obstacle à leur mise en œuvre<sup>[29]</sup>. Comme il est complexe pour les médecins de connaître toutes les nouvelles publications, notamment aux urgences, une stratégie efficace de communication doit

être dès lors développée. Ensuite, une fois connues, les RPC doivent être maîtrisées et les médecins doivent être convaincu d'une part de leur pertinence, et d'autre part que leur mise en œuvre aura un impact. Des barrières additionnelles au changement de pratique sont le manque de motivation et de temps, argument récurrent des médecins urgentistes. Finalement, le patient peut être lui-même réticent aux nouvelles RPC, un comportement parfois anticipé par le médecin et qui le décourage de tenter leur mise en application<sup>[29]</sup>.

Nous constatons que les chefs de clinique et les médecins chefs ont une meilleure connaissance des RCP que les médecins assistants. Les médecins assistants ne sont que 8% à connaître les recommandations en opposition à 22% des chefs de clinique et 40% des médecins cadres. Cette performance peut s'expliquer par le fait que les médecins superviseurs (chefs de clinique et médecins cadres) ont plus d'années d'expérience autant dans la clinique que dans la recherche de la littérature ; ils ont peut-être plus facilement accès aux publications et sont plus sensibilisés aux directives de l'OFSP que les médecins assistants. Ces derniers, plus novices et en charge directement des patients, manquent peut-être de temps pour lire de telles directives à priori non prioritaire pour la prise en charge des patients ou leurs formations post-graduée. La participation aux colloques de formation est possiblement moins régulière chez les médecins assistants que leurs chefs de clinique ou médecins cadres. Il est intéressant de souligner que l'obtention d'un titre FMH est corrélée avec un taux de réussite plus élevé et reflète aussi l'ancienneté dans la profession, en plus d'un bagage théoriquement plus étoffé.

Aussi, nous avons mis en évidence qu'aucun médecin assistant, ni de chef de clinique des hôpitaux non universitaires n'est au courant des recommandations et seulement 3 médecins chefs, avec un pourcentage global de 7% contre 22% dans les hôpitaux universitaires. D'ailleurs, le score des médecins des centres universitaires a été meilleur que celui des médecins des hôpitaux non universitaires. Nous pouvons en déduire que la transmission de l'information, dans ce cas l'article de l'OFSP, est plus efficace dans les centres universitaires. Cette constatation peut être expliquée par plusieurs éléments. D'une part, la formation continue en milieu universitaire occupe une place plus importante et plus de ressources lui sont allouées. D'autre part, les médecins y côtoient plus facilement les spécialistes du VIH

qui sont régulièrement sollicités pour des consultations spécialisées, y compris aux urgences.

Il faudrait alors axer l'amélioration de l'information sur les médecins qui débutent leur activité professionnelle en particulier dans les hôpitaux non universitaires. Nous pourrions en déduire que la compétence clinique, les années d'expérience et l'environnement de travail sont en relation avec une meilleure détection des situations aux urgences nécessitant un dépistage du VIH.

Les résultats de notre étude montrent que les cas cliniques exposant les symptômes de primo-infection du VIH les plus fréquents mais les moins spécifiques, comme la pharyngite érythémateuse ou un état fébrile, sont moins perçues comme des situations où le dépistage du VIH est recommandé. Ceci est d'autant plus préoccupant que la primo-infection VIH est la situation où le diagnostic de l'infection VIH est primordial, si l'on veut diminuer le risque d'infections secondaires. En revanche, les tableaux cliniques plus rares, comme la méningite aseptique et des symptômes associés à des infections sexuellement transmissibles autres que le VIH, sont plus facilement associés à l'infection par le VIH. Les vignettes cliniques (nécessitant un dépistage du VIH) qui présentaient des patients jeunes (moins de 40 ans) sont associées à un meilleur score que les vignettes présentant des personnes plus âgées. Ceci a été confirmé dans l'étude de cohorte VIH Suisse (et d'autres cohortes occidentales) qu'un diagnostic tardif de l'infection par le VIH, défini par un taux de CD4 < 200 cellules/mm<sup>3</sup> au moment du diagnostic, est beaucoup plus fréquent chez les personnes âgées de plus de 50 ans<sup>[23]</sup>. Les médecins semblent donc associé l'infection par le VIH à des stéréotypes anciens, alors même que 30% des personnes séropositives en Suisse ont plus de 50 ans en 2011. Paradoxalement, la vignette 13 présentait une femme de 19 ans consultant pour vomissements dont le test de grossesse s'avère positif : seulement 61 % des médecins proposent un dépistage VIH. Ceci est surprenant compte tenu du nombre de publications et journées mondiales du SIDA qui insistent sur la nécessité de diminuer le nombre de cas de transmission verticale par un dépistage systématique des femmes enceintes. Doit-on voir derrière ce chiffre le fait que les médecins urgentistes transfèrent la responsabilité du dépistage aux gynécologues ? La patiente était-elle trop jeune ? Le questionnaire évaluant les connaissances des

médecins sur les directives de l'OFSP en matière de dépistage VIH laissent cependant peu de place au doute quant à cette grave lacune chez les médecins (chefs de clinique y compris). Pour la vignette clinique avec la suspicion de la tuberculose, le score ne s'est pas élevé au-delà de 21% globalement, mais quand même 44% chez les médecins cadres.

Dans la 2<sup>ème</sup> partie du questionnaire (4 questions), les questions se concentrent sur la manière de proposer le test de dépistage et le besoin ou non de donner des informations et de demander le consentement explicite du patient ; le taux de réponse correcte est en dessous de 50 % pour 3 questions, atteint 70% pour une seule question. En effet, ils ne savent pas que devant un tableau clinique parlant pour un SIDA ou d'une primo-infection le dépistage du VIH est à effectuer en informant du dépistage du VIH sans évaluation de prise de risque ni accord explicite des patients. Dans ces contextes, le test ne sera pas effectué uniquement si le patient refuse d'être dépisté<sup>[25]</sup>.

## **4.2 Limites du travail de recherche**

Les limites de cette étude tournent d'une manière générale autour de l'élaboration du questionnaire. Tout d'abord, malgré que le questionnaire ait été effectué sur 3 mois et modifié avec la participation d'experts en la matière (spécialiste du VIH, chef des urgences et une spécialiste de la médecine préventive), il n'a pas été formellement validé. En effet, la validation permet d'assurer un contrôle sur la justesse des questions par rapport au domaine qu'elles ont l'intention de tester. Dans la 1<sup>ère</sup> partie, la consigne était de dire si, dans une situation précise, le dépistage du VIH était recommandé par l'OFSP. Sur un total de 13 vignettes cliniques, 3 questions seulement étaient discriminatives, c'est-à-dire que le test n'était pas requis dans ces situations. En effet, ce chiffre est insuffisant pour une représentation correcte et une bonne répartition des questions à réponses négatives et positives. Nous avons aussi pu constater que 93% des médecins n'auraient à juste titre pas demandé de dépistage VIH dans les 3 situations où le dépistage n'était pas indiqué. Cela veut dire que les questions discriminatives, en plus de ne pas être en nombre suffisant, étaient trop faciles ou que les médecins ont tendance à systématiquement sous-estimer les situations qui méritent un dépistage. Cette dernière hypothèse est soutenue par le faible taux de réponse correcte (43%) de proposition de dépistage du VIH pour les

10 vignettes cliniques qui méritaient un dépistage. La 2<sup>ème</sup> partie du questionnaire, sur la communication autour du dépistage du VIH et les informations à donner au patient, comprenait des termes peu clairs pour certains médecins, comme le conseil pré-test. Ceux-ci ont alors répondu en ayant compris une partie seulement de la question. Ces termes peu clairs sont cependant le reflet du haut taux (83%) de non connaissance des recommandations de l'OFSP et donc des termes utilisés.

Lors du passage dans les hôpitaux, il n'a pas toujours été possible d'effectuer la distribution du questionnaire en une seule séance. Aussi, certains médecins n'ont pas été supervisés pour le remplir. Il est possible alors que certains aient pu discuter entre eux ou vérifier sur le site de l'OFSP. Mais l'article étant difficile à trouver, cette probabilité est faible. De plus, même si un certain nombre avait pu améliorer ainsi leur résultat, le pourcentage faible de réponse correcte n'en serait que plus préoccupant.

Notre étude est par ailleurs représentative de la population choisie, à savoir tous les médecins du service des urgences des hôpitaux sélectionnés, les 5 plus importants de Suisse Romande. En effet, une participation de 88% a été obtenue globalement, un seul établissement n'a pas un taux, fixé préalablement, supérieur à 65% et il s'agit de l'Hôpital de Fribourg qui a une participation de 38% seulement.

## **5 Conclusion**

Alors que la Suisse est encore réticente à l'instauration d'un dépistage systématique du VIH dans les centres d'urgences et préfère opter pour une stratégie basée sur les compétences des médecins à identifier les individus à risque, les recommandations disponibles pour guider les praticiens dans ce sens ne sont pas connues. Un grand nombre de situations cliniques ne sont pas mis, à tort, en relation avec l'infection du VIH. Donc non seulement, les médecins ne connaissent pas l'existence de ces recommandations mais ceux qui les ont lues ne les appliquent qu'imparfaitement. Il est alors nécessaire de remettre en question le système suisse en place et de considérer d'autres moyens pour tenter de diminuer l'épidémie du VIH en améliorant la communication de l'OFSP d'une part et, d'autre part, en envisageant, comme pour la grossesse, un dépistage de routine du VIH. Malgré les évidentes barrières et la

difficulté d'introduire ce screening aux urgences, il paraît quand même évident que des mesures doivent être mise en place afin de freiner cette pandémie.

## 6 Bibliographie

1. www.unaids.org. UNAIDS Data Tables 2011 / JC2225E.
2. UNAIDS. Aids epidemic update. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2009;:UNAIDS/09.36E / JC1700E.
3. Wolbers M, Bucher HC, Furrer H, Rickenbach M, Cavassini M, Weber R, et al. Delayed diagnosis of HIV infection and late initiation of antiretroviral therapy in the Swiss HIV Cohort Study. *HIV Med.* 2008;9(6):397–405.
4. Coenen T, Lundgren J, Lazarus JV, Matic S. Optimal HIV testing and earlier care: the way forward in Europe. *HIV Med.* 2008;9 Suppl 2:1–5.
5. Libman H. Screening for HIV infection: a healthy, « low-risk » 42-year-old man. *JAMA* 2011;306(6):637–44.
6. ECDC. HIV prevention in Europe : action, needs and challenges. Meeting report, Stockholm, 2006;
7. Campsmith ML, Rhodes PH, Hall HI, Green TA. Undiagnosed HIV prevalence among adults and adolescents in the United States at the end of 2006. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2010;53(5):619–24.
8. Branson BM, Handsfield HH, Lampe MA, Janssen RS, Taylor AW, Lyss SB, et al. Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. *MMWR Recomm Rep* 2006;55(RR-14):1–17; quiz CE1–4.
9. Zetola NM, Klausner JD, Haller B, Nassos P, Katz MH. Association between rates of HIV testing and elimination of written consents in San Francisco. *JAMA* 2007;297(10):1061–2.
10. Wilson JM, Jungner YG. Principles and practice of mass screening for disease. *Bol Oficina Sanit Panam* 1968;65(4):281–393.
11. Journée mondiale de lutte contre le sida, 1er décembre 2011 [Internet]. [cité 2011 déc 6]; Available from: <http://www.un.org/fr/events/aidsday/>
12. Forbes JC, Alimenti AM, Singer J, Brophy JC, Bitnun A, Samson LM, et al. 21-year review of vertical HIV transmission in Canada (1990 to 2010). *AIDS (London, England)* [Internet] 2012 [cité 2012 janv 6]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22210635>
13. Missed opportunities for earlier diagnosis of HIV infection--South Carolina, 1997-2005. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 2006;55(47):1269–72.
14. Wenrich MD, Curtis JR, Carline JD, Paauw DS, Ramsey PG. HIV risk screening in the primary care setting. Assessment of physicians skills. *J Gen Intern Med* 1997;12(2):107–13.



15. Cha, Lovato. HIV Testing in the ED: Ethical Duty or Unreasonable Burden? *Emergency Medicine News* 2011;33(Issue 10):36-7.
16. Irvin CB, Flagel BT, Fox JM. The emergency department is not the ideal place for routine HIV testing. *Ann Emerg Med* 2007;49(5):722.
17. Kelen GD, Rothman RE. Emergency department-based HIV testing: too little, but not too late. *Ann Emerg Med* 2009;54(1):65-71.
18. Haukoos JS, Hopkins E, Conroy AA, Silverman M, Byyny RL, Eisert S, et al. Routine opt-out rapid HIV screening and detection of HIV infection in emergency department patients. *JAMA* 2010;304(3):284-92.
19. Pisculli ML, Reichmann WM, Losina E, Donnell-Fink LA, Arbelaez C, Katz JN, et al. Factors associated with refusal of rapid HIV testing in an emergency department. *AIDS Behav* 2011;15(4):734-42.
20. Groseclose SL, Erickson B, Quinn TC, Glasser D, Campbell CH, Hook EW 3rd. Characterization of patients accepting and refusing routine, voluntary HIV antibody testing in public sexually transmitted disease clinics. *Sex Transm Dis* 1994;21(1):31-5.
21. Greenwald JL, Burstein GR, Pincus J, Branson B. A rapid review of rapid HIV antibody tests. *Curr Infect Dis Rep* 2006;8(2):125-31.
22. Expanded HIV Testing and Trends in Diagnoses of HIV Infection --- District of Columbia, 2004--2008 [Internet]. [cité 2011 déc 8]; Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5924a2.htm>
23. Cavassini M, Dang T. Diagnostics VIH tardif en 2009 en Suisse : motivation à un dépistage systématique du VIH ? *Revue Médicale Suisse* 2009;(5):727-31.
24. Office fédéral de la santé publique. Dépistage du VIH et conseil initiés par les médecins. *bulletin de l'office fédérale de la santé publique*. 2007;(21):371-373.
25. Office fédérale de la santé publique. Dépistage du vih effectué sur l'initiative des médecins : recommandations pour les patients adultes. *Bulletin de l'office fédérale de la santé publique*. 2010;(11):364-366.
26. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N. Engl. J. Med.* 2003;348(26):2635-45.
27. Cohan D, Gomez E, Dowling T, Zetola N, Kaplan B, Klausner JD. HIV testing attitudes and practices among clinicians in the era of updated Centers for Disease Control and Prevention recommendations. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2009;50(1):114-6.
28. Aide Suisse contre le Sida - Swiss Aids News. Simples - Compliquées : Les attentes de l'OFSP à l'encontre du corps médical en rapport avec le VIH [Internet]. 2011 [cité 2012 janv 6]; Available from: <http://www.aids.ch/f/information/newsletter.php>

29. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud P-AC, et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? A Framework for Improvement. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 1999;282(15):1458-65.
30. Stross JK, Harlan WR. The dissemination of new medical information. *JAMA* 1979;241(24):2622-4.

# 7 Annexes

## 7.1 Annexe 1 : le questionnaire

### CONNAISSANCES ET APPLICATIONS DES GUIDELINES

Données personnelles :

Année de naissance : .....

Sexe :  féminin  masculin

Titre :  Médecin assistant(e)  
 Chef(fe) de clinique  
 Médecin cadre

Date de l'obtention du diplôme (mois et année) : .....

Taux d'activité aux urgences : .....

FMH obtenu(s) : .....

FMH en cours : .....

#### 1<sup>ère</sup> partie :

Dans un premier temps, veuillez indiquer si, selon les recommandations de dépistage VIH de l'OFSP publiées en 2010, vous devez effectuer un test du VIH dans les situations cliniques ci-dessous. Veuillez ensuite vous référer à votre pratique et indiquer quelle est la probabilité que vous ordonnez ce test.

- 1) Patient de 35 ans, paralysie faciale périphérique.  
- Les guidelines préconisent de dépister le VIH dans cette situation :  oui  non  
- Dans votre pratique, quelle est la probabilité que vous demandiez le test de dépistage VIH:  
 0-25 %  26-50 %  51-75 %  76-100 %
- 2) Femme de 28 ans se présente aux urgences pour une pharyngite érythémateuse depuis 3 jours avec un état fébrile à 38.2° C, des adénopathies sous-maxillaires bilatérales, sans toux, ni expectoration.  
- Les guidelines préconisent de dépister le VIH dans cette situation :  oui  non

- Dans votre pratique, quelle est la probabilité que vous demandiez le test de dépistage VIH :

0-25 %  26-50 %  51-75 %  76-100 %

- 3) Homme de 66 ans se présente aux urgences avec un état fébrile à 39°C depuis 2 jours, accompagné de céphalées. L'examen clinique met en évidence une raideur nucale et le gram de la PL montre des diplocoques gram négatifs.

- Les guidelines préconisent de dépister VIH dans cette situation :  oui  non

- Dans votre pratique, quelle est la probabilité que vous demandiez le test de dépistage VIH:

0-25 %  26-50 %  51-75 %  76-100 %

- 4) Femme de 30 ans, perte de poids de 5 kilos en 3 mois, accompagnée de diarrhées et un état fébrile fluctuant.

- Les guidelines préconisent de dépister le VIH dans cette situation :  oui  non

- Dans votre pratique, quelle est la probabilité que vous demandiez le test de dépistage VIH:

0-25 %  26-50 %  51-75 %  76-100 %

- 5) Femme de 80 ans, avec état fébrile, porteuse d'une sonde urinaire, est amenée aux urgences par sa fille pour un état confusionnel. Vous posez un diagnostic d'urosepsis.

- Les guidelines préconisent de dépister le VIH dans cette situation :  oui  non

- Dans votre pratique, quelle est la probabilité que vous demandiez le test de dépistage VIH:

0-25 %  26-50 %  51-75 %  76-100 %

- 6) Homme de 45 ans, en voyage en Suisse, arrivé la veille depuis la Russie, présente une toux depuis 3 jours avec un état fébrile à 38° C.

- Les guidelines préconisent de dépister le VIH dans cette situation :  oui  non

- Dans votre pratique, quelle est la probabilité que vous demandiez le test de dépistage VIH:

0-25 %  26-50 %  51-75 %  76-100 %

7) Femme de ménage de 53 ans se présente aux urgences pour une fatigue depuis quelques mois.

- Les guidelines préconisent de dépister le VIH dans cette situation :  oui  non

- Dans votre pratique, quelle est la probabilité que vous demandiez le test de dépistage VIH:

0-25 %  26-50 %  51-75 %  76-100 %

8) Homme de 34 ans arrive aux urgences pour un traumatisme sur le poignet. Après avoir effectué une radiographie, vous mettez en évidence une fracture distale non déplacée du radius.

- Les guidelines préconisent de dépister le VIH dans cette situation :  oui  non

- Dans votre pratique, quelle est la probabilité que vous demandiez le test de dépistage VIH:

0-25 %  26-50 %  51-75 %  76-100 %

9) Femme de 47 ans, se plaint de raideur de nuque et un état subfébrile à 37.8° C. La PL ne met pas en évidence de germe au gram, mais une protéinorachie, 50

leucocytes/mm<sup>3</sup> à prédominance lymphocytaire et un glucose normal.

- Les guidelines préconisent de dépister le VIH dans cette situation :  oui  non

- Dans votre pratique, quelle est la probabilité que vous demandiez le test de dépistage VIH:

0-25 %  26-50 %  51-75 %  76-100 %

10) Homme de 28 ans se plaint de dysurie, érythème du méat urétral. Pas de rapport sexuel à risque.

- Les guidelines préconisent de dépister le VIH dans cette situation :  oui  non

- Dans votre pratique, quelle est la probabilité que vous demandiez le test de dépistage VIH:

0-25 %  26-50 %  51-75 %  76-100 %

11) Patiente de 45 ans, vaccinée contre la rougeole qui se présente aux urgences avec un exanthème et état subfébrile à 37.6°C.

- Les guidelines préconisent de dépister le VIH dans cette situation :  oui  non

Hôpital neuchâtelois – Chaux-de-Fonds [3]

Nathalie de Allegri – Travail de Master – 2011

- Dans votre pratique, quelle est la probabilité que vous demandiez le test de dépistage VIH:

0-25 %  26-50 %  51-75 %  76-100 %

12) Patient de 35 ans se présente avec des vésicules douloureuses au niveau du tronc, suivant le dermatome T10.

- Les guidelines préconisent de dépister le VIH dans cette situation :  oui  non

- Dans votre pratique, quelle est la probabilité que vous demandiez le test de dépistage VIH:

0-25 %  26-50 %  51-75 %  76-100 %

13) Une jeune patiente de 19 ans qui consulte pour nausées et vomissements. Le test de grossesse est positif.

- Les guidelines préconisent de dépister le VIH dans cette situation :  oui  non

- Dans votre pratique, quelle est la probabilité que vous demandiez le test de dépistage VIH:

0-25 %  26-50 %  51-75 %  76-100 %

Hôpital neuchâtelois – Chaux-de-Fonds [3]

Nathalie de Allegri – Travail de Master – 2011

**2<sup>ème</sup> partie :**

Veillez répondre aux questions ci-dessous en vous référant aux nouvelles recommandations de dépistage VIH de 2010.

14) Que faites-vous si vous vous trouvez devant un patient de 39 ans aux urgences présentant un tableau clinique qui pourrait évoquer une primo-infection VIH et ayant des rapports non protégé avec son épouse : **(1 seule réponse possible)**

- Vous le renseigner sur la contagiosité de cette infection à ce stade de la maladie et l'informez que vous allez effectuer un test de dépistage du VIH.
- Du moment que le patient ne fait pas partie d'un groupe à risque VIH, vous ne préconisez pas le test mais le référez à son médecin traitant pour cette problématique.
- Vous l'informez des risques de la contagiosité à ce stade de la maladie, lui proposez un dépistage VIH après des informations pré-test, test que vous n'effectuerez qu'avec l'accord du patient.

15) Avec quelle(s) sérologie(s) sanguines ajoutez-vous systématiquement le test VIH ? **(plusieurs réponses possibles)**

- Dépistage de l'hépatite B
- Dépistage de l'hépatite A
- Lyme pour un bloc AV inexpliqué
- EBV
- CMV
- Rougeole pour un exanthème inexpliqué

16) Aux urgences, vous suspectez qu'une infection VIH est à l'origine de la pathologie de votre patient : **(1 seule réponse possible)**

- Vous demandez l'accord explicite du patient avant d'effectuer un test HIV.
- Vous devez obligatoirement informer le patient que vous allez procéder à un dépistage VIH.
- Il est recommandé d'informer le patient qu'un test VIH va être effectué.
- Un conseil pré-test VIH s'applique dans cette situation.

17) Dans quelle(s) situation(s) le conseil pré-test est-il indiqué selon les recommandations de dépistage du VIH ? **(plusieurs réponses possibles)**

- Si le patient exprime la volonté de faire le test VIH.
- Si le patient vous dit qu'il est homosexuel.
- Si vous êtes face à un tableau de primo-infection VIH.
- Si vous êtes face à un patient souffrant d'un sarcome de Kaposi
- Si le patient est originaire d'Afrique Subsaharienne

18) Combien de test VIH avez-vous demandés durant les 4 dernières semaines d'activité professionnelle aux urgences:

.....  
.....

19) Êtes-vous au courant des dernières recommandations publiées sur le dépistage du VIH publié en mars 2010 du bulletin de l'OFSP ?

- Non.
- Oui, si oui par quel biais :
  - Via un colloque
  - Via une recherche online (Pubmed, ou autre)
  - Via le bulletin papier de l'OFSP
  - Article du Forum Médical Suisse de 2010 « Infection par le VIH – le dépistage précoce limite les dommages pour l'individu et la société »
  - Autres : .....

## 7.2 Annexe 2 : la fiche informative

### **Feuille d'information**

#### **Travail de Master : Connaissances et applications des guidelines**

Cette étude est effectuée dans le cadre d'un travail de master de médecine, auprès de tous les médecins travaillant aux urgences de différents Hôpitaux de Suisse (CHUV, Hôpital de Sion, de Neuchâtel et HUG). Cette étude a pour but de tester les connaissances des médecins au sujet du dépistage du VIH et l'application des guidelines dans le cadre de leur pratique quotidienne. Cette évaluation se fera via un questionnaire qui est composé de 2 parties : la première contient des situations cliniques et il s'agit d'indiquer si ces situations se trouvent dans les nouvelles recommandations de l'OFSP de mars 2010 concernant le dépistage VIH et de mentionner le pourcentage de probabilité que le test soit demandé en clinique. La deuxième partie, nous renseignera plutôt sur la manière de communiquer au patient de la volonté d'effectuer un test. Le tout dure environ un vingtaine de minutes.

Vos données personnelles seront traitées de façon strictement confidentielle et anonyme (aucun nom ne figure sur les questionnaires). Ces données seront utilisées dans le cadre d'une étude scientifique et pour une éventuelle publication. A aucun moment vos données ne pourront être divulguées. Vous pouvez bien entendu refuser de participer à cette étude.

Si vous acceptez de participer à cette étude, veuillez signer le formulaire de consentement ci-joint. En cas de refus, vous pouvez remplir uniquement la première partie concernant vos données personnelles, celles-ci nous seront utiles à des fins statistiques.

Votre collaboration m'est d'une précieuse aide pour le bon déroulement de l'étude et je vous remercie d'avance pour votre participation.

Nathalie de Allegri  
Etudiante de médecine  
2<sup>ème</sup> année master

Dr Olivier Hugli  
Médecin adjoint  
URG, CHUV

### 7.3 Annexe 3 : le formulaire de consentement

#### Formulaire de Consentement

**Evaluation de connaissances des médecins des urgences de plusieurs  
Hôpitaux de Suisse  
Dépistage VIH**

Par ma signature, je certifie avoir donné mon accord pour la participation à l'étude susmentionnée de manière volontaire et à l'utilisation de mes données personnelles en sachant que celles-ci sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.

Nom et signature du sujet : .....

Date : .....

Je refuse de participer à cette étude mais accepte néanmoins de communiquer mes données personnelles :

Données personnelles :

Année de naissance : .....

Sexe :  féminin       masculin

Titre :  Médecin assistant(e)    Chef(fe) de clinique    Médecin cadre

Date de l'obtention du diplôme (mois et année) : .....

Taux d'activité aux urgences : .....

FMH obtenu(s) : .....

FMH en cours : .....

Nom et signature de l'investigateur : .....